365

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1905 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 juin 1905, à 1 heure.

PAR

Simon OPPENHEIM

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

COMMUNIQUANT AVEC LES

VOIES BILIAIRES

Président : M. LE DENTU, *Professeur.*

Juges MM. BERGER, *Professeur.*
MARION, *Agrégé.*
MORESTIN, *Agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
	HUTINEL
Pathologie médicale	BRISSAUD
	LANNELONGUE.
Pathologie chirurgicale	CORNIL.
Anatomie pathologique	Mathias DUVAL.
Histologie	RECLUS.
Opérations et appareils	POUCHET.
Pharmacologie et matière médicale	GILBERT
Thérapeutique	CHANTEMESSE.
Hygiène	BROUARDEL.
Médecine légale	DEJERINE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER
Maladies des Enfants	JOFFROY.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU
	TERRIER
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires	PINARD.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON ONCLE, TH. LEBSOHN
Avocat à Alexandrie (Egypte)

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR A. LE DENTU

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir agréable à remplir, celui de remercier les maîtres éminents qui nous ont aidé de leurs conseils, et dont les bonnes leçons ont facilité notre éducation médicale.

M. le docteur Follet, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Rennes, durant l'année que nous avons passée dans son service, a bien voulu nous témoigner sa bienveillance et nous honorer par la suite de son amitié; M. le docteur Diamantberger, médecin-adjoint à l'hôpital de Rothschild, dont la science n'a d'égale que le dévouement à ses malades, a été pour nous un parent doublé d'un maître.

A l'hôpital Laennec, nous avons suivi avec plaisir et profit la consultation de chirurgie de M. le professeur agrégé J.-L. Faure. Dans notre première année d'externat, nous avons été heureux d'assister aux leçons de M. le professeur agrégé Mauclaire, qui remplaçait M. le professeur Le Dentu. M. Mouchet, chef de clinique adjoint, était alors chargé spécialement du service de gynécologie à laquelle il a bien voulu nous initier. A la Sal-

pétrière, l'étude de la Neurologie nous a été singulièrement facilitée par les leçons du professeur Déjerine.

Nous ne pouvions mieux commencer notre troisième année d'externat qu'en faisant notre stage chez le professeur Pinard, où nous avons puisé, en même temps qu'une solide instruction obstétricale, l'amour des tout petits. MM. Couvelaire et Sauvage, chefs de clinique, ont bien voulu compléter notre enseignement pratique de l'art des accouchements. C'est dans le service de M. le docteur Netter, que nous avons pu terminer notre externat et nous n'oublierons jamais les savantes leçons de ce vénéré maître, pendant lesquelles il discutait avec nous, désireux de nous faire profiter de ses profondes connaissances ; nous avons complété l'étude de la pathologie chirurgicale infantile, dans le service de M. le docteur Broca, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous communiquer ses observations personnelles.

Nous remercions M. le professeur Guyon, MM. les docteurs Oulmont, Courtillier, Léopold Lévi, près desquels nous avons perfectionné notre instruction médicale.

M. le professeur Le Dentu a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; il a ajouté ainsi un titre de plus à la gratitude dont nous lui sommes redevable; qu'il nous permette de lui adresser à cette occasion, nos sentiments de profonde reconnaissance.

Merci aussi à mes camarades, le docteur G. Alexandre, ancien interne des hôpitaux, et H. Jardry, interne des hôpitaux, dont l'amitié nous a toujours été si précieuse.

ETIOLOGIE

L'échinococcus (1) est un des plus petits tœnias ; sa longueur est de quelques millimètres, sa tête présente un rostre saillant sur lequel sont implantés 30 à 40 crochets, formant double couronne ; il est constitué par 3 ou 4 anneaux ; le dernier, qui représente à lui seul près de la moitié de la longueur totale de l'animal, parvenu à son degré de maturité, se détache, tombe dans la cavité intestinale de son hôte, le chien le plus souvent, puis est expulsé au dehors avec les œufs qu'il renferme. Ces œufs, libres à leur tour et entourés d'une coque épaisse, parviennent dans le tube digestif de l'homme ou des herbivores. Ils y sont amenés par les herbes des pâturages, les légumes verts non cuits, les eaux non filtrées. Dans l'estomac leur coque se dissout, l'embryon hexacanthe apparaît. Muni de ses crochets, il perfore la muqueuse intestinale et tombe dans la circulation générale. De là il peut gagner toutes les régions de l'économie, viscérales ou non viscérales. Mais son passage par l'intestin l'amène tout d'abord dans le système porte qui le conduit au foie dans la plupart des cas.

(1) Moniez, *Traité de parasitologie 1896*, p. 126.
Blanchard. *Traité de zoologie médicale*, T. I, Paris 1890.

Dans le foie l'évolution continue et l'embryon ne tarde pas à devenir gros comme une tête d'épingle; il se modifie; le tissu voisin lui formant par irritation une membrane d'enveloppe, il devient hydatide à cuticule externe épaisse, à membrane proligère interne. Cette membrane bourgeonne et donne naissance à des vésicules proligères, d'où naissent des têtes de tœnias, appelées encore scolex. Ce sont ces scolex qui, mis en liberté par la rupture du kyste, contribuent à la dissémination de l'échinococcose dans l'organisme, comme l'a montré Devé par les expériences relatées dans sa thèse (1).

Dans l'intérieur de la vésicule, et formant la presque totalité de la masse, est un liquide clair comme de l'eau de roche, riche en chlorures, pauvre en sucre et absolument dépourvu d'albumine; ce liquide est très toxique; il contient des leucomaïnes, ce qui explique l'apparition d'urticaire après rupture du kyste. En son milieu nagent souvent de nombreux crochets d'échinocoques. Mais le kyste ainsi formé peut être arrêté dans son évolution, soit qu'on injecte dans son intérieur des médicaments toxiques, comme le sublimé, le formol; soit que des microbes pathogènes l'envahissent et y provoquent la suppuration, soit qu'il s'établisse entre lui et un canalicule biliaire une communication, d'où irruption de bile, dont nous verrons plus loin l'importance.

Le rôle étiologique du chien est fort important; comme il est un des hôtes intermédiaires les plus habituels du tœnia, on comprend que par la vie si intime qu'il mène

(1) Devé, *Thèse*, Paris 1901.

aux côtés de son maître il puisse être pour celui-ci une source de contagion. L'âge, le sexe, la diathèse, la constitution n'ont aucune influence alors qu'on le croyait jadis ; seules ont de l'intérêt les causes susceptibles de déterminer l'arrivée de l'échinocoque dans l'organisme, professions (bouchers, bergers, etc.) manière de vivre (Islandais) etc.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Toutes les collections liquides du foie sont susceptibles de communiquer avec les voies biliaires. Le kyste hydatique n'échappe pas à la règle. La communication peut se faire de trois manières. Les deux premières se comprennent aisément : les parois des deux cavités s'amincissent, s'ulcèrent, se perforent, et la communication est établie, soit que le kyste s'enflamme et que ses parois se ramollissent en un point voisin d'un canal biliaire, soit qu'un abcès se forme entre le canal biliaire et la paroi kystique et vienne en même temps, s'ouvrir dans les deux conduits.

Dans sa remarquable thèse, Devé décrit un troisième processus de communication entre le kyste et les voies biliaires. Un kyste du foie, aseptique, se rompt dans le péritoine et y sème ses germes echinococciques. « L'évacuation du kyste amène, avec le plissement en « accordéon des parois de la poche périkystique, la « rupture des voies biliaires dans la poche kystique et « par suite la formation d'une fistule kysto-biliaire. » Cette pathogénie est démontrée dans une observation très précise de M. Quenu (1). Le même fait est relaté

(1) Quenu, Soc. de chirurgie, 1896

dans notre deuxième observation personnelle ; le liquide était d'abord clair, citrin ; puis du fait de l'évacuation un canalicule biliaire s'est rompu dans la poche et l'écoulement est devenu verdâtre, teinté de bile.

L'orifice de communication peut être unique ; c'est par lui que tout à la fois s'écoulera le contenu du kyste et pénétrera la bile ; mais si, ce qui est fréquemment relaté dans les observations (1), un bouchon gélatineux, représentant des débris de membrane hydatique, obstrue le cholédoque, la bile va s'accumuler et déterminer la formation d'un kyste biliaire. Les voies de communication peuvent être multiples : le liquide s'écoulera du kyste pendant que la bile y pénètrera, et ainsi pendant longtemps il pourra ne pas y avoir accumulation. Tel est le mécanisme qui est généralement admis pour expliquer la communication entre les kystes du foie et les voies biliaires. Mais il existe une autre théorie. L'hydatide peut-elle se développer dans les conduits biliaires et la poche kystique avoir pour paroi les canaux biliaires eux-mêmes, dilatés ? On sait que l'embryon, une fois mis en liberté dans l'estomac par le suc gastrique, progresse à travers les tissus, jusqu'à ce qu'il ait rencontré la cavité d'un vaisseau. Mais il peut paraître aussi rationnel, les conduits biliaires venant s'ouvrir dans la deuxième portion du duodenum, que les embryons

(1) Observations de Le Courtois, de Sevestre.

pénètrent directement dans ces conduits ; à cela, on a objecté la présence nocive de la bile ; mais l'écoulement de bile est intermittent, et les scolex, grâce à leurs crochets, peuvent attendre un moment favorable pour pénétrer dans le canal ; ou s'ils sont surpris par le flux biliaire, se fixer le long des parois. Pour expliquer la grande fréquence des kystes du foie, comparée à la rareté de ceux du pancréas, alors que leurs canaux excréteurs viennent s'ouvrir au même niveau dans l'intestin, les partisans de cette théorie font intervenir le rôle de la secrétion de ces glandes, l'une favorable, l'autre nuisible aux hydatides. Davaine (1) et Frerichs (2) font remarquer qu'ils ne connaissent pas d'exemple d'hydatide développée dans une cavité muqueuse, qu'en outre la perforation étant le moyen de communication entre le kyste d'une part, la trachée, les bronches, etc., d'autre part, ils ne pensent pas qu'il faille faire exception pour les conduits biliaires. Donc la propagation directe par les voies biliaires pour les hydatides est rare ; il faut admettre, par contre, la voie lymphatique et sanguine, qui les porte en plein parenchyme hépatique, comme la plus fréquente.

Le rôle de la bile vis-à-vis de l'hydatide a été fort discutée (3).

(1) Davaine *Traité des Entozoaires* 1877.

(2) Frerichs, *Maladies du foie* p. 586.

(3) Voici quelques-unes des idées émises par Davaine dans son Traité des Entozoaires, 1877, p. 365-474-481, sur les rapports des K. H. du foie communiquant avec les voies biliaires : « Lorsque « la bile a pénétré dans le kyste, les hydatides sont le plus « souvent rompues, teintées par le liquide. Le contact prolongé de la

« Si, dit Berthaut (1), la bile pénétrait, non seule-
« ment dans la tumeur hydatique, mais encore dans la
« cavité même de la vésicule qui y est contenue, le pa-
« rasite serait frappé de mort. On réalise cette condition
« lorsqu'on fait des injections de bile, ou bien lorsqu'un
« traumatisme a déterminé la rupture des hydatides
« dans un kyste en communication dans les voies biliai-
« res. » Le fait le plus important est donc l'intégrité ou non de la membrane d'enveloppe de l'hydatide. La bile peut pénétrer dans la poche sans parvenir dans l'intérieur même de la vésicule (2) ; sa mort ne s'en suit pas fatalement ; l'absence d'adhérence, la constitution même de la membrane d'enveloppe, sont des garanties pour la membrane proligère contre l'envahissement de la bile ; on sait que cette membrane est anhyste, formée de lamelles superposées et absolument imperméables.

Ainsi donc la bile ne joue aucun rôle vis-à-vis de la

« bile est une cause de mort pour les hydatides, mais non une
« cause de suppuration. La communication est donc favorable à la
« guérison. Dans le cas où la tumeur hydatique du foie s'ouvre
« dans les bronches ou à l'extérieur, l'apparition de la bile dans
« les crachats ou la plaie est un signe certain de communication
« du kyste avec les voies biliaires. — La diminution rapide et
« sans cause apparente de la tumeur peut être un signe de
« communication. — Le syndrome observé est souvent celui de
« coliques hépatiques, avec ou sans ictère, dues à l'obstruction
« des conduits par les vésicules ; l'émission d'hydatides par les
« vomissements ou les selles peut faire le diagnostic. — La
« communication du kyste et des canaux biliaires est souvent un
« mode de guérison, mais dangereux parfois. »

(1) *Thèse*, Paris 1883, p. 15.

(2) Saussier dans F. M. Barrier. De la tumeur hydatique du foie. *Thèse*, Paris 1840, p. 22.

vésicule si celle-ci est intacte, et cependant Cruveilhier lui attribuait la présence d'hydatides mortes, flétries, d'où l'idée d'injecter la bile dans le kyste pour en amener la guérison, mais d'après les observations dans lesquelles ce procédé a été employé, la bile a paru jouer un rôle antiseptique faible (1).

Lorsqu'un kyste hydatique s'engage à travers les voies biliaires il y a rupture de la vésicule mère ; le liquide chemine à travers les canaux, puis les vésicules filles progressent les unes après les autres, à intervalles variables, se déformant et s'allongeant ; lorsqu'elles sont d'un diamètre notablement supérieur à celui du canal, la pression du liquide accumulé derrière elles est nécessaire à leur progression. Puis la vésicule mère flétrie s'engage (2), soit fragmentée, soit entière, poussée également par la bile dans les canaux biliaires ; elle parvient ainsi jusque dans le duodénum.

Par plus d'un point cette évolution ressemble à la migration d'un calcul ; les lésions anatomo-pathologiques, la symptomatologie, sont superposables dans de nombreux cas, et Berthaut, dans sa thèse, inscrivait comme première conclusion : « L'élimination des K. H. à tra-« vers les voies biliaires donne lieu à des lésions et à des « symptômes très analogues à ceux que produit la mi-« gration des calculs biliaires. »

Tel est un des processus de guérison spontanée du

(1) Observations de Gaillard, de Debove et Soupault.
(2) Observation de Sevestre.

kyste : communication entre la poche et les voies biliaires (1) et élimination aseptique de son contenu à travers les canaux jusqu'au duodénum ; mais cette évolution est rare.

(1) Observation de Gaillard.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le développement du kyste au milieu du tissu hépatique détermine des lésions d'ordres divers, rarement de l'hépatite aiguë ou des abcès, le plus souvent de l'hépatite scléreuse ; les fins canalicules biliaires s'oblitèrent, dégénèrent, se sclérosent, d'où arrêt de la bile au-dessus du kyste. A ce niveau le canalicule est enflammé et se perfore, ce qui produit la communication avec le kyste ; le tissu hépatique refoulé, réagit tout autour de la tumeur par du tissu de sclérose (1) ; tantôt il est gris, tantôt verdâtre ; son épaisseur est en raison directe de l'ancienneté de la tumeur. Il peut subir la dégénérescence calcaire (2), toute la poche prend même parfois une consistance absolument rigide. Si le kyste est volumineux, le foie peut être atteint dans sa vitalité ; la compression des vaisseaux sanguins provoque de la stase dans le système porte ; la compression de la cellule hépatique amène des troubles de la fonction glycogénique.

(1) Berthaut. *Thèse citée*, p. 22.
(2) Observation Hayem et Graux.

La surface interne du kyste est ordinairement irrégulière (1), présentant des saillies et des dépressions dans lesquelles viennent déboucher les canaux biliaires. Parmi ces orifices, les plus nombreux livrent passage à la bile et quelques-uns seulement au contenu de la tumeur. Le diamètre de ces derniers est fort variable ; tantôt ils sont dilatés par le passage de l'hydatide et restent tels après (2), tantôt ils sont trop étroits et alors ou l'hydatide s'est déformée pour adapter son calibre à celui du canal, ou le canal s'est rétracté, le passage effectué. Nous venons de voir la communication établie par un orifice, mais parfois c'est un véritable canal qui existe, soit qu'un abcès se soit ouvert par perforation à la fois dans le conduit biliaire et la paroi du kyste, soit que le kyste se soit rompu et secondairement ait perforé un canal biliaire ; en tous cas, le tissu hépatique sclérosé forme sa paroi externe ; sa paroi interne est irrégulière, villeuse. Les orifices de communication existent avec n'importe quelle partie de l'arbre biliaire, vésicule (3), canalicules biliaires, cholédoque (4), canal cystique, hépatique (5).

(1) Observations de Gouguenheim. Soc anat. Paris, 1865. p. 485.

(2) Observation de Fontreaulx. Soc. anat. Paris, 1866, p. 646.

(3) Bouilly. Soc. anat. 1872, p. 432. — Budd, *Maladies du foie*, p. 431.

(4) Murchison. *Maladies du foie*, p. 114. — Courtois, Soc. anat. 1871, p. 142. — Cadet de Gassicourt. Recherches sur la rupture des K. H, du foie à travers les parois abdominales et les organes voisins. *Thèse*. Paris, 1856, p. 36.

(5) Millard et Berthaut. Soc. anat. Paris, 1882. — Sevestre. Soc. anat. 1873, p. 416. — Fontréaulx, *Bulletin anat.* 1866, p. 646. — Charcot, Soc. biol., 2e série, t. I, 1854, p. 99. — Hayem et Graux, Soc. anat. 1874, p. 145. — Trousseau, Clinique Médicale Hôtel-Dieu, Paris, p. 282.

Nous avons déjà indiqué la forme irrégulière et tomenteuse de la surface interne du kyste ; à son intérieur nous devons signaler aussi des sortes de travées : ce sont des canaux biliaires oblitérés et sclérosés (1).

Le contenu du kyste est souvent purulent, jaunâtre ou verdâtre. Toutes les hydatides peuvent encore s'y trouver, ou bien un certain nombre d'entre elles ont déjà été éliminées. Nous avons vu que le mécanisme était en tout comparable à celui qui préside à la migration d'un calcul : si l'hydatide est petite, elle circule librement jusqu'au duodénum et ne déforme pas le canal ; si elle est volumineuse, elle pénètre dans le conduit, mais est arrêtée en un point quelconque de son trajet ; la pression de la bile qui s'accumule derrière elle et la contraction des parois favorisent son processus ; mais le canal reste élargi, le terme de la progression de cette vésicule est son arrivée dans le duodénum et lorsqu'il y a élimination on doit retrouver les hydatides dans les fèces. Parfois, cependant, bien qu'il y ait communication, le liquide seul s'échappe, les hydatides restant dans la poche ; on comprend alors, dans ce cas, que les canalicules biliaires ne soient ni dilatés ni déformés ; mais si les hydatides pénètrent jusqu'au cholédoque et l'ampoule de Vater et s'y arrêtent, la bile ne peut plus pénétrer dans l'instestin, d'où rétention et dilatation de tout l'arbre biliaire.

Suivant le niveau où siégera l'obstacle, varieront les lésions et en particulier lorsque le canal cystique sera

(1) Observation de Hayem et Graux.

obstrué, la bile s'accumulera dans la vésicule qui sera distendue (1). Si, dans ce cas, on trouve dans la vésicule biliaire des hydatides, sans qu'il y ait commnnication directe, il faut bien admettre qu'elles ont suivi le canal hépatique, qu'en présence du bouchon situé à l'embouchure du cholédoque, elles ont effectué à travers le canal cystique un trajet rétrograde jusqu'à la vésicule. Cette migration provoque de l'angiocholite aigüe ou chronique, la vésicule s'enflamme, se sclérose, et l'on comprend dès lors tout naturellement, qu'à la suite de ces phénomènes infectieux le foie soit atteint dans sa vitalité ; déformé par la pression des kystes, il s'atrophie : on a le type de la sclérose biliaire ; l'épithélium des canaux biliaires desquame, tombe au centre du canal, puis subit la dégénérescence granulo-graisseuse et leur lumière s'oblitère par accolement des parois. Il existe parfois, nous l'avons vu, de l'angiocholite aigüe (2) ; dans ce cas, les canaux sont dilatés, ampullaires et remplis d'un pus jaunâtre (3) ; si la vésicule présente des lésions de cholécystite suppurée, le foie est augmenté de volume ; à la coupe, il s'écoule du pus, de la bile altérée, des débris épithéliaux (4), ces lésions de toute la glande hépatique entravant la circulation porte, d'où stase sanguine, ascite, splénomégalie, etc.

Nous ne citerons que pour mémoire les cas où un kyste

(1) Bouilly. Obs. citée.
(2) Butruille et Vinache, *Bull. Soc. Anat.* 1876, p. 470.
(3) Josias. *Bull. Soc. Anat.* 1880, p, 390.
(4) Berthaut. *Bull. Soc. Anat.* 1882.

communique d'une part avec des veines sus-hépatiques : Dans ce cas, l'infection se généralise par voie sanguine. Si le kyste siège à la face supérieure du foie il peut s'ouvrir dans la plèvre, le poumon (1), dans une bronche (2), d'où évacuation par vomique. La rupture dans le péricarde, l'élimination du contenu de la poche dans le bassinet ou directement dans l'intestin sont rares.

(1) Sorel. *Bull. Soc. Anat.* 1880, p. 520.

(2) Becker. *Revue des sciences médicales en France et à l'étranger* de G. Hayem, 1880, t, XVII, p. 165,

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes sont le plus souvent peu précis, surtout au début. Le malade se plaint parfois d'avoir reçu un coup dans la région de l'hypochondre droit, comme dans l'observation de Queyrat ; puis, au bout d'un certain temps, soit lui-même, soit ses parents, comme dans dans notre première observation personnelle, constatent une augmentation de volume du ventre ; et c'est alors que le médecin est appelé à examiner le malade ; le volume du ventre est considérablement augmenté, la circonférence mesurait 92 centimètres chez le malade de Queyrat, et cet accroissement est d'autant plus apparent qu'il contraste avec l'amaigrissement du reste du corps. Dans le décubitus latéral, le ventre n'apparaît pas aplati sur la ligne médiane, et saillant vers chaque partie latérale, comme dans le ventre de batracien ; il est souvent, au contraire, globuleux, plus proéminent vers le milieu que sur les parties latérales ; cette conformation n'est aucunement modifiée par le décubitus.

Les renseignements fournis par les autres procédés physiques d'investigation confirment cette première impression que l'on ne se trouve pas en face d'une ascite ; en combinant la palpation à la percussion, on a

une sensation de flot très nette, et à ce niveau la matité est absolue ; mais la tumeur est nettement délimitée.

Dans notre deuxième observation personnelle, on constatait par la palpation une tumeur arrondie, ferme, renittente, lisse, régulière et mobile avec le foie, suivant comme lui les mouvements respiratoires ; le foie est souvent augmenté de volume ; sa limite supérieure atteint, comme normalement, le quatrième espace intercostal droit ; mais sa limite inférieure se laisse facilement percevoir, comme dans l'observation Landouzy-Segond, relatée dans la thèse de Duval, dans le flanc droit, à deux travers de doigt, au-dessous du niveau de l'ombilic ; on suit facilement le bord antérieur, par la palpation, jusqu'à l'ombilic ; mais au-delà de celui-ci, les sensations deviennent moins nettes. Dans les différentes observations que nous citons, le frémissement hydatique a toujours été recherché, mais en vain. L'auscultation fait percevoir, dans quelques cas, des frottements de péritonite localisée et sèche, dans d'autres, les signes d'une pleurésie légère à la base droite ; les autres viscères sont le plus souvent sains.

A côté de ces symptômes qui doivent diriger le diagnostic vers l'idée d'un kyste hydatique du foie, existent quelques petits signes beaucoup plus fugaces, plus inconstants, qui n'appartiennent pas en propre au kyste hydatique, mais plutôt à l'insuffisance hépatique, et qui peuvent être réunis, comme l'ont été les petits signes du brightisme, dans la néphrite chronique, par le professeur Dieulafoy.

Les plus fréquents de ces signes prémonitoires, sont

les troubles dyspeptiques, le dégoût de la viande et des matières grasses, la constipation habituelle et opiniâtre, probablement parce que la bile modifiée ou absente ne joue plus son rôle dans l'évacuation des matières fécales, la douleur de l'épaule droite, le prurit (1) avec ou sans éruption cutanée, dû au passage dans la circulation de toxines secrétées à l'intérieur de la poche ; les matières fécales sont souvent décolorées, grisâtres, d'odeur fétide et renfermant de la graisse en notable quantité ; les urines sont le plus souvent normales comme quantité, comme couleur, comme densité. On a noté dans quelques cas, soit une aggravation de l'état général, de la fièvre à grandes oscillations. Le kyste suppure, comme dans l'observation Landouzy-Segond, thèse de Duval ; le malade, dans cette observation, en même temps qu'il ressentait des douleurs dans la région hépatique, expectorait des petites peaux ressemblant à des grains de raisins sucés, non teintées en vert par la bile, ce qui indiquait que le kyste communiquait avec les voies aériennes ; ce n'est que plus tard que la communication s'établit avec les voies biliaires, comme on s'en aperçut à l'opération.

Dans quelques cas, à la suite de la communication, la migration de l'hydatide, à travers les voies biliaires, détermine des symptômes analogues à ceux de la colique hépatique ; la douleur est intense, brusque, occupant tout l'hypochondre droit, exagérée par la pression, irra-

(1) Dieulafoy, *Gaz. hebd.* 1877, p. 471. — Segond, *Traité de Chirurgie* Duplay-Reclus. Chauffard. *Traité de Médecine Brouardel-Gilbert.*

diée vers l'épigastre. La douleur peut manquer ou se déplacer. En même temps qu'elle, se manifestent des vomissements alimentaires ou bilieux, de la diarrhée, du refroidissement des extrémités, de la lipothymie, de la syncope. L'accès dure de quelques minutes à quelques heures, se répétant parfois à intervalles irréguliers ; dans l'intervalle des crises, le malade n'éprouve, dans la région hépatique, que du malaise, une douleur vague, une sensation de pesanteur ou de tiraillement dans l'hypochondre.

Comme dans la colique hépatique, l'ictère est un symptôme important : son apparition est variable, tantôt quelques heures, tantôt quelques jours après la colique. Si la migration a été rapide il peut manquer. Quelquefois l'ictère existe sans que le malade ait ressenti la moindre douleur ; dans les cas typiques on note la coloration jaune de la face et des conjonctives, la présence de la bile dans les urines, quelquefois fugace, que l'on démontre par les réactions classiques de Gmelin et de Pettenkoffer : la sueur, le mucus nasal ou bronchique, les diverses sérosités sont aussi colorées en jaune. Lorsque les hydatides pénètrent dans l'intestin, elles provoquent une débâcle et sont expulsées avec les matières fécales, au milieu desquelles on peut les retrouver. Après un accès de colique, d'autres semblables peuvent se produire et cela tant que toutes les hydatides n'auront pas été éliminées ; dans ce cas alors la guérison sera obtenue, mais cela est rare, parce que le malade succombe souvent à des lésions avancées du foie. Signalons aussi l'accès de fièvre hépatalgique, étudié par Charcot et

signalé dans quelques observations, avec ses trois stades de frisson, fièvre, sueur, apparaissant en même temps que la douleur, cessant en même temps qu'elle, intermittent, disparaissant dans l'intervalle des accès.

Le moment est venu de parler des résultats fournis par la ponction, dont plus loin nous exposerons les inconvénients. Dans l'observation déjà ancienne de Hayem et Graux, l'examen du liquide donna comme résultat, de l'eau, de l'albumine, des chlorures, des sels et du pigment bilaire, peu abondant ; mais l'observation beaucoup plus récente de Queyrat est plus intéressante. On retira dans les diverses ponctions successivement 12, 10 et 8 litres de liquide, de plus en plus teinté par la bile ; les matières de la bile qui, à la première ponction, étaient de 38 gr. par litre, s'élevèrent à 78 gr. 5 à la seconde. Dans les observations récentes la ponction n'est plus pratiquée, mais remplacée par la laparotomie exploratrice, aussi ne mentionne-t-on plus qu'approximativement la quantité de liquide et n'est-il plus du tout question de l'analyse chimique.

Dans cette symptomatologie nous cherchons vainement un signe permettant de déclarer que le kyste communique avec les voies biliaires. Devons-nous dire que l'on doive s'en rapporter à la ponction ? Non, celle-ci n'est pas assez justifiée dans la plupart des cas.

PRONOSTIC

Quelques auteurs regardent la communication des kystes avec les voies biliaires comme un incident favorable pouvant amener la guérison spontanée dans quelques cas. Toutefois il n'en est pas souvent ainsi, et la communication ne se produit pas sans provoquer de graves complications. Les cas de guérison spontanée sont en somme assez rares. Pour Devé « s'il ne paraît pas im-« possible que la bile pure, arrivant à l'intérieur d'un kyste « évacué (elle ne peut pénétrer dans le kyste sans cette « condition) puisse altérer profondément la vitalité du pa-« rasite et des germes qu'il contient, par contre lorsqu'elle « est diluée dans le liquide du kyste elle ne doit pas dimi-« nuer sensiblement la vitalité des germes echinococci-« ques. » Dans les observations de kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires, publiées dans la seconde moitié du XIX[e] siècle, nous ne trouvons pas beaucoup d'exemples de guérison spontanée, et il faut quelque événement heureux et imprévu, pour que l'on note la mention « guérison ». Tel est le cas, par exemple, de cette malade de Lasègue (1) dont l'état paraissait désespéré; mais le kyste se mit à suppurer et

(1) *Archives générales de médecine*, 1873.

vint s'ouvrir dans l'intestin : il y eut une grande amélioration et au bout de deux mois la malade quittait l'hôpital sur sa demande ; mais, ajoute Lasègue « le foie pré-« sentait encore un volume anormal, la malade éprouvait « des douleurs dans l'hypochondre droit et au niveau de « l'épigastre ; on ne peut donc affirmer la guérison. » Le plus souvent le kyste se rompt et le malade est enlevé par la péritonite, ou bien les ponctions répétées, jointes au mauvais état de la nutrition, font tomber le malade dans le marasme et la cachexie ; mais depuis que l'expectation et la ponction ont été remplacées par une thérapeutique beaucoup plus active, le pronostic est moins sombre, le diagnostic précis autorise l'intervention précoce et le résultat est un abaissement considérable de la léthalité.

DIAGNOSTIC

Quelques symptômes primordiaux, sans être pathognomoniques, peuvent nous permettre de poser, dans quelques cas, le diagnostic. L'augmentation de volume du ventre, la constatation de la tumeur avec ses caractères particuliers, l'ictère, la colique hépatique coïncidant avec la diminution de volume de la tumeur, la présence d'hydatides entières ou rompues dans les fèces, la constatation de vésicules teintées de bile dans les vomissements ou l'expectoration, voilà tout un faisceau de présomptions, mais il n'est pas suffisant pour pouvoir affirmer le diagnostic.

La cytologie, tout récemment, est venue apporter sa contribution à l'étude du kyste, en affirmant qu'une éosinophilie marquée pouvait être l'indice d'un kyste hydatique, et dans plusieurs cas, sa recherche a permis de faire le diagnostic. Dans le remarquable rapport qu'il a présenté sur ce sujet, au Congrès français de chirurgie de 1904, Tuffier, par ses recherches ainsi que par celles de Milian et de Meauté, arrive aux conclusions suivantes : « L'éosinophilie est la caractéristique des kystes « hydatiques, le nombre des éosinophiles pouvant monter

« jusqu'à 15.000 par millimètre cube. D'ailleurs cette éosi-
« nophilie existe dans les cas de parasithémie ce qui lui
« retire de sa valeur. » Il nous paraît exagéré de dire que cette valeur est diminuée parce que l'éosinophilie sera un élément important du diagnostic, en présence d'un foie augmenté de volume, présentant une ou plusieurs tumeurs sur la nature desquelles on hésite.

Jusqu'en ces dernières années, en cas de doute et pour éclairer le diagnostic, on pratiquait la ponction ; nous n'avons pas à la discuter ici, mais simplement à exposer les résultats auxquels elle permettait d'arriver ; ces résultats étaient précis. Avec l'aspirateur Potain, le médecin retirait un certain nombre de centimètres cubes d'un liquide tantôt transparent, clair comme de l'eau de roche, quelquefois citrin, jaune plus ou moins foncé, suivant la quantité de bile qui y était contenue, et ainsi souvent était établi le diagnostic. Laveran (1) relate le cas cas d' « un malade auquel il pratique la pa-
« racentèse au lieu d'élection ; il s'écoule un liquide
« vert foncé ; on enfonce un peu plus la canule, le
« liquide change de couleur ; il s'écoule de la sérosité, à
« peine teintée par la bile ; on retire la canule ; nou-
« veau changement ; le liquide foncé reparaît. » Et de fait, à l'autopsie, on trouve plusieurs kystes, dont quelques-uns seulement, en communication avec les voies biliaires.

En résumé, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur, que l'on pense être un kyste hydatique du

(1) Soc. méd. des hôpitaux. 16 déc. 1892.

foie communiquant avec les voies biliaires, la recherche des signes physiques et fonctionnels une fois faite, il faut examiner les matières fécales, puis recueillir du sang, dont on prélèvera le sérum pour l'examen cytologique, et enfin, au lieu de la ponction, pratiquer une laparatomie, qui pourra être seulement exploratrice ou bien le premier temps d'une intervention radicale.

TRAITEMENT

Nous ne nous attarderons pas à étudier les divers traitements médicaux qui ont été proposés. Cette phrase de Devé résume fort bien notre pensée : « Il « n'y a pas actuellement de traitement médical des kystes « hydatiques. » Quand à la ponction, nous avons déjà vu son rôle au point de vue diagnostic ; mais on s'en servait aussi comme moyen curateur, et c'est naturellement à la ponction simple qu'on eût d'abord recours. Puis, on crut avoir fait un progrès considérable lorsque, Dieulafoy et Potain introduisant leur aspirateur dans l'arsenal médical, on pratiqua la ponction aspiratrice. Bientôt Baccelli, Debove, Hanot, combinèrent la ponction aspiratrice à l'injection de substances parasiticides. Baccelli évacue environ 20 grammes du liquide kystique, qu'il remplace par la même quantité de sublimé au 1000e. Debove aspire tout le contenu du kyste, puis injecte 4 à 500 grammes d'une solution de sublimé qu'il évacue ensuite. Hanot, enfin, vide le kyste, puis injecte 30 à 40 grammes d'une solution de sublimé, qu'il abandonne dans la poche. Quelques auteurs ont remplacé le sublimé par le phénol ; actuellement c'est aux injections

intra-kystiques de formol que l'on a le plus souvent recours.

Mais les dangers que pouvait faire courir la ponction avaient déjà été signalés par les chirurgiens. Dès 1877 Volkmann, au 6me Congrès des chirurgiens allemands, signale « un danger bien plus important que l'urticaire, « sur lequel les médecins islandais avaient déjà attiré l'at- « tention ; c'est la possibilité de la chute, dans la cavité « péritonéale, par l'orifice du trocart, de jeunes germes « d'échinocoques. » Michaux, à la Société de chirurgie, en 1894, relate « le cas d'une jeune fille qui, à la suite « de la ponction d'un kyste du foie, avait eu tout l'abdo- « men envahi par une multitude de kystes. » Et il s'était demandé si la ponction des kystes hydatiques n'exposait pas à ces généralisations.

Devé s'élève aussi contre la ponction tant évacuatrice qu'exploratrice. « L'ensemencement du péritoine « est possible après ponction, qu'elle soit exploratrice ou « évacuatrice (elle n'évacue jamais complètement le « kyste, et y laisse précisément les vésicules proligères « qui, détachées des parois, tombent dans le fond de la « poche). D'ailleurs, l'orifice de ponction n'a aucune ten- « dance à se fermer spontanément. En outre, même après « les ponctions évacuatrices, il est fréquent d'observer « l'urticaire ; il s'est donc écoulé une certaine quantité de « liquide hydatique dans le péritoine, et en même temps « que ces liquides ont pu passer des germes. » Et dans ses conclusions « l'intervention chirurgicale, dit Devé, « doit être aussi précoce que possible... Il faut rejeter « toute ponction dans le traitement des kystes hyda-

« tiques du foie, même la ponction exploratrice faite sur « la table d'opération ; elle est tout aussi dangereuse que « les autres, sinon plus, au point de vue de la dissémina- « tion des germes ; dans ces cas, au cours de l'interven- « tion qui suit immédiatement la ponction, on est amené « à manipuler le kyste percé, et à faire ainsi sortir des « germes en nombre plus ou moins considérable, par « l'orifice de ponction béant. ».

Ainsi donc, la ponction, quelque service qu'elle puisse rendre, est résolument repoussée par la majorité des chirurgiens dans les cas de kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires ; la fistule biliaire, la suppuration, la péritonite, l'échinococcose sont des accidents très graves et qui ne valent pas de compromettre la vie d'un malade pour assurer le diagnostic.

Actuellement, le malade est transporté dans la salle d'opération ; tout étant préparé pour l'intervention radicale, le chirurgien pratique une laparotomie exploratrice ; puis, si le diagnostic supposé se confirme, l'opération est continuée, et l'extirpation de la tumeur effectuée ; sinon le ventre est refermé, et le malade en est quitte pour une légère incision abdominale qui se cicatrice rapidement. Quels sont donc les procédés opératoires (1) ? Il en existe deux. Le procédé de Pierre Delbet et le procédé de Lindenmann-Landau.

1° Dans le premier cas, on incise la paroi directement jusqu'au péritoine ; on arrive ainsi, parfois à travers des adhérences, sur la tumeur, lorsqu'elle est superficielle,

(1) J. L. Faure. *Traité de Chirurgie* Le Dentu-Delbet T. VIII. p. 331.

ou sur le foie, dont il faut traverser une mince lame pour arriver sur le kyste, lorsqu'il est plus profond. En présence de la poche, le péritoine étant protégé par des compresses, on aspire en partie le liquide qui y est contenu : le chirurgien saisit avec des pinces les parois du kyste, fait une boutonnière, puis une incision, qui permet d'extraire les vésicules filles et de nettoyer la poche. Ceci fait, il enlève à son tour la vésicule mère, la membrane germinative et la lame élastique, en un seul morceau ou par bribes. Il se trouve alors en présence d'une poche intra-hépatique, qu'il assèche avec des éponges, sans même le secours d'antiseptiques. Puis, au lieu d'abandonner cette poche à elle-même, suivant les procédés anciens, il exécute le procédé, dit du capitonnage, de Pierre Delbet. Delbet passe trois ou quatre fils de chaque côté et dans toute la hauteur de la poche, et les noue, en commençant par les plus profonds, de manière que les parois viennent à s'accoler et qu'il n'existe plus de cavité ; il suture enfin les lèvres de l'incision hépatique, rentre le tout dans le ventre et ferme la paroi abdominale.

2° Le début de l'opération de Lindenmann-Landau est conduit comme dans le premier cas. Le chirurgien incise la paroi, vide le kyste, mais abandonne les débris de la vésicule mère qui s'élimineront spontanément. Il fixe alors les bords de la plaie kystique aux bords de la plaie abdominale ; il restera ainsi une poche ouverte sur l'extérieur, dans laquelle il sera pratiqué des lavages antiseptiques ; des parcelles de kyste s'exfolieront soit spontanément, soit au moyen de manœuvres directes ; peu à peu la poche se comblera, de la profondeur vers la périphérie.

Il ne restera plus alors qu'une petite fistule, qui se tarira à son tour. Mais tandis que, par le procédé de Delbet, il faut dans les cas moyens, trois semaines pour obtenir la fermeture complète de la poche, la marsupialisation demande souvent des mois pour arriver au même résultat.

Mais auquel des deux procédés actuellement en honneur, le capitonnage et la marsupialisation, donner la préférence, dans les cas de kyste hydatique communiquant avec les voies biliaires ? Certes, lorsque le liquide du kyste est parfaitement clair, citrin, lorsque le chirurgien est sûr de son asepsie, c'est au procédé de Pierre Delbet qu'il faut avoir recours ; il évite au malade les ennuis d'une fistule longue à guérir, et l'opérateur referme le ventre, assuré qu'il ne laissera aucun débris, aucun germe pouvant provoquer la suppuration ou la formation à nouveau de la poche. En est-il de même lorsque le liquide hydatique est mélangé à de la bile ? Non, et la raison est facile à comprendre. Qu'un canalicule biliaire communique avec la poche, il se formera secondairement une tumeur biliaire ; en effet, la bile s'insinuera entre les parois accolées de l'ancienne poche, les distendra, et si les sutures sont assez résistantes, il y aura formation d'une poche biliaire ; mais le plus souvent, les sutures, se trouvant en tissu friable, céderont et la bile se répandra dans l'abdomen. « Dans les cas « de kyste hydatique du foie communiquant avec les voies « biliaires, dit J.-L. Faure, c'est à la marsupialisation qu'il « faut recourir. » La poche communique avec l'extérieur, le pansement est teinté d'un mélange de bile et de séro-

sité ; un travail de réparation se forme (1), les parois se cicatrisent, prolifèrent ; pendant un certain temps, la bile aseptique s'écoulera à leur surface sans entraver le processus, jusqu'au moment éloigné parfois, où quelques bourgeons obtureront l'orifice de communication du canalicule biliaire avec la poche kystique. De ce jour la bile s'écoulera à nouveau, suivant la direction primitive, normale, la poche n'existera plus qu'à l'état virtuel, et le malade ne regrettera plus de s'être prêté à une intervention radicale qui lui assurera pour l'avenir une guérison complète.

(1) Observations personnelles.

Observation I (de Galliard)

De l'irruption de bile dans les kystes hydatiques du foie ponctionnés

K. H..., observé à l'hôpital Léënnec, 1891, chez une femme de 45 ans.

Entrée dans mon service. Première ponction, 20 février. On retire 150 grammes de liquide clair, caractéristique. Deuxième ponction, le 3 mars, en présence de Chauffard et Widal. On ne pratique pas d'injection consécutive de sublimé. On a retiré 700 grammes de liquide. Le volume du foie est toujours exagéré. Troisième ponction, le 15 mars. Liquide bilieux, en petite quantité, épais, mêlé à un peu de sang ; la poche kystique s'est donc rétractée, et la cholérrhagie s'est effectuée dans son intérieur. On ne peut injecter que quelques gouttes de liqueur de Van Swieten. Il doit donc y en avoir un autre, facile à trouver et à guérir. Mais la malade est indocile, sort de l'hôpital, et meurt le 7 octobre. Le foie examiné, on trouve un deuxième kyste suppuré et volumineux, et un premier indépendant, petit, ne contenant qu'une membrane hydatique épaisse, sans vésicule fille, et un peu de liquide bilieux, épais. Ce kyste, atrophié et envahi par la bile, était celui qui avait été ponctionné sans le secours de la liqueur de Van Swieten, et qui, grâce à la cholérrhagie intrakystique, était en voie de guérison.

Observation II (de Debove et Soupault)

Epanchement de liquide hydatique et de bile dans le péritoine

Jeune malade, Th..., âgée de 17 ans, cartonnière, entrée à l'hôpital Andral, 22 juin 1892. Elle racontait que le 8 juin, elle avait été prise brusquement, sans faire ni effort ni chute, d'une douleur très vive, amenant presque une syncope, dans la région de l'hypochondre droit, et qui s'étendait bientôt à tout l'abdomen, et fut accompagnée de dysurie et de ténesme. Ces douleurs persistèrent plusieurs jours, puis s'atténuèrent, et vers le cinquième jour, le ventre commença à se ballonner, lentement et progressivement. Elle se décida à entrer à l'hôpital le quatorzième jour de sa maladie, ou plutôt quatorze jours après l'incident dramatique qui semblait marquer le début de sa maladie.

Nous la trouvâmes amaigrie et chétive, avec un abdomen présentant tous les signes classiques d'une ascite de moyenne intensité. Le soir, température 38°5; le matin, pas de fièvre. L'aspect chétif de la malade, la fièvre vespérale, firent poser le diagnostic de péritonite tuberculeuse ; on crut trouver quelques lésions tuberculeuses au sommet du poumon. Au bout de peu de temps la fièvre tomba, l'état général parut s'améliorer, mais l'ascite augmentait. Le 25 juillet, nous faisons une ponction et retirons par l'aspirateur 300 grammes de liquide ; nous injectons 7 centimètres cubes de liqueur de Van Swieten, pratique qui nous avait réussi dans la péritonite tuberculeuse. Le 29 juillet, nous faisons une ponction évacuatrice avec un gros trocart et retirons 4 litres 800 de liquide ; ce liquide ressemble à un mélange de bile et de mucus. Nous pensons à une vésicule biliaire emplissant l'abdomen et simulant le kyste de l'ovaire. Une intervention est décidée. Les téguments incisés, on tombe

sur les anses intestinales. Pas de poche et le chirurgien pense qu'il s'agit de péritonite tuberculeuse. On referme l'abdomen sans faire de lavage. L'ascite ne tarde pas à se reproduire et la malade revient dans notre service le 25 octobre, le ventre plus volumineux que jamais. La paracentèse, faite avec un gros trocart, amène l'évacuation de 13 litres et demi de liquide, ressemblant à un mélange de bile et de mucus ; le liquide évacué, la palpation abdominale montre qu'il n'y a ni douleur, ni empâtement, ce qui eut été nécessairement observé dans une péritonite tuberculeuse ; aussi, ce diagnostic fût-il écarté. Nous avions d'ailleurs, le 25 juillet, injecté plusieurs centimètres cubes du liquide extrait par la ponction, dans le péritoine de trois cobayes, qui étaient et sont demeurés sains.

Un examen microscopique du liquide de la ponction montra qu'on avait à faire à des kystes hydatiques caractérisés par des membranes et des couronnes de crochets. En interrogeant plus à fond la malade, nous apprenions qu'antérieurement à son accident aigu (8 juin), elle ressentait dans l'hypochondre droit des douleurs irradiant dans le dos et dans l'épaule droite, et que le lendemain de son accident aigu elle eut une éruption d'urticaire généralisée. Bien que nous n'ayons jamais constaté aucune tuméfaction du foie, il est probable qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie, ouvert dans le péritoine.

Mais le diagnostic était rendu plus complexe par la présence de bile dans le péritoine, bile existant en grande quantité, sans trace d'ictère ou de matière biliaire dans l'urine. L'analyse du liquide fut faite. On trouva, en résumé, que c'était un liquide complexe, où la bile était en abondance, comme l'indiquèrent les réactions très nettes obtenues avec les réactifs appropriés, mais qu'elle était mélangée à d'autres substances, notamment de la globuline, de la mucine et de la graisse.

En tenant compte de la grande quantité de bile épanchée, nous devons admettre que le kyste hydatique a perforé les voies biliaires. Si l'épanchement biliaire s'est reproduit après chaque ponction, c'est qu'il y a eu fistule biliaire ; c'était une fistule

biliaire, péritonéale aseptique, ne donnant pas lieu à la péritonite.

Nous espérons que notre malade guérira. Depuis sa dernière ponction, le liquide s'est reformé en petite quantité. La guérison sera sans doute obtenue sans nouvelle action thérapeutique, ou tout au plus avec une nouvelle paracentèse. Nous sommes confirmés dans cette idée par l'examen du liquide, qui montre des hydatides rompues, flétries, mortes et incapables de se greffer sur la séreuse péritonéale. Cet heureux résultat peut être attribué au contact du liquide biliaire.

Observation III (de Laveran).

Société médicale des hôpitaux, 16 décembre 1892. — Au sujet des kystes hydatiques du foie, ouverts dans le péritoine et communiquant avec les voies biliaires.

Laveran rapporte d'abord l'observation d'un de ses collègues, le docteur Richard, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Il s'agit d'un Arabe, qui entrait à l'hôpital de Philippeville en janvier 1880, avec les symptômes de l'ascite ; la paracentèse abdominale, pratiquée deux fois, donna issue à du liquide fortement albumineux et chargé de bile. Le malade mourut un mois après son entrée à l'hôpital, sans avoir présenté les lésions de la péritonite aiguë. A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires et rompu dans la cavité péritonéale.

Observation IV (Laveran).

Fr..., jardinier, 47 ans, entre à l'hôpital de Biskra, le 15 janvier 1879. Le malade habite l'Algérie depuis 1853. Il éprouve depuis deux ans des douleurs dans la région du foie. En avril 1878, il entre une première fois à l'hôpital de Biskra, pour douleurs dans la jambe gauche et ascite. A sa sortie, le malade peut reprendre ses occupations, mais le ventre est resté volumineux.

Il avoue des habitudes alcooliques. Depuis le 10 janvier 1879, le malade se plaint de douleurs vives dans le côté droit, qui l'obligent à rentrer à l'hôpital.

15 janvier 1879. Homme vigoureux, bien qu'amaigri, bien constitué, pas de fièvre, le malade accuse une douleur assez vive dans la région du foie ; l'abdomen est proéminent, surtout au niveau de la région épigastrique. On sent et on délimite assez bien par la palpation une tumeur volumineuse, à surface lisse, assez dure, qui occupe toute la région sus-ombilicale. Ni ascite, ni ictère.

8 février. Le ballonnement du ventre a augmenté. Le malade accuse des douleurs abdominales dont le siège varie. Il vomit et a un hoquet incoercible depuis deux jours. Pas de fièvre.

10 février. Le ballonnement du ventre augmente. Sensation de flot comme dans l'ascite. On ne sent plus la tumeur épigastrique. Matité déclive. Hoquet presque continuel, qui fatigue beaucoup le malade.

15 février. L'ascite paraît avoir augmentée. La circonférence abdominale mesure au niveau de l'ombilic 98 centimètres. La matité produite par la prétendue ascite, remonte jusqu'à l'ombilic. On trouve de la sonorité épigastrique. Le hoquet a disparu. Pas d'œdème des membres inférieurs. Selles un peu sanguinolentes.

22 février. Respiration gênée. On pratique la paracentèse abdominale au lieu d'élection, avec un trocart de moyen calibre. Il s'écoule un liquide vert foncé ; on enfonce un peu plus la canule ; le liquide change de couleur ; il s'écoule de la sérosité à peine teintée par la bile. On retire la canule ; nouveau changement ; le liquide foncé reparaît. On retire environ 3.600 grammes de liquide albumineux, coloré par la bile (réaction caractéristique), ne renfermant ni échinocoques, ni crochets.

A la suite de la ponction, le malade va un peu mieux, mais le ventre reste volumineux et on retrouve bientôt la sensation de flot, comme dans l'ascite.

L'état du malade reste stationnaire avril et mai. Le 21 mai, il est pris de dyspnée et meurt le 24, avec les symptômes d'œdème laryngé.

Autopsie. Faite le 25 mai à 8 h. 30 du matin. Au moment où on incise la paroi abdominale, il s'échappe un flot de liquide coloré en jaune, avec des débris membraneux, colorés également en jaune. On suppose d'abord que ce liquide provient de la grande cavité péritonéale ; mais il est reconnu qu'il s'agit d'un énorme kyste à paroi fibreuse, occupant la plus grande partie de la cavité péritonéale, adhérant à la paroi antérieure de l'abdomen et à la face supérieure du foie. A son extrémité supérieure, il communique avec un kyste intrahépatique. Dans le kyste fibreux abdominal, on trouve une poche kystique. Sa paroi externe est fortement colorée par la bile ; sa paroi interne beaucoup moins. Pas de poches hydatiques secondaires. En dehors de quelques adhérences avec le kyste, le péritoine est sain et ne renferme pas trace de liquide.

Le foie est volumineux ; au niveau de la ligne axillaire il a 23 centimètres de hauteur ; tous les organes voisins sont refoulés ; l'estomac fait saillie sous le diaphragme, dans la cavité pleurale gauche ; l'intestin est vide, rétracté, et n'occupe qu'un petit espace, à droite de l'abdomen.

On trouve dans le foie : 1° Un kyste dans le lobe gauche, du volume de deux poings, communiquant avec le kyste abdominal par un trajet dans lequel on peut faire passer un doigt. Ce kyste, uniloculaire, à paroi fibreuse, renferme des membranes hydatiques caractéristiques ; sa paroi est teintée en jaune, comme celle du grand kyste abdominal ; 2° Un grand kyste renfermant deux litres environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche, et tapissé par des membranes hydatiques caractéristiques ; 3° Un kyste hydatique du volume d'une pomme, situé à la face externe du lobe gauche ; 4° Un kyste, de la grosseur d'une noix, renfermant une membrane hydatique plissée et une bouillie ocreuse (kyste en voie de guérison après pénétration de bile à l'intérieur).

La vésicule biliaire intacte contient une petite quantité de bile verdâtre.

Estomac, rate, reins, simplement congestionnés.

Thorax. Adhérences pleurales à la base gauche. Poumons sains.

Cœur. Droit distendu par du sang noir et des caillots agoniques. Pas de lésions orificielles.

A l'examen du larynx, lésions caractéristiques de l'œdème laryngé. Cordes vocales saines.

Pour confirmation on fait l'examen microscopique des kystes et de leur contenu.

Observation V (personnelle).

Hôpital des Enfants-Malades. Service du docteur Broca
Salle Molland, n° 44.

D..., âgé de 11 ans. Entré le 16 avril 1904.

A. H. Mère bien portante. Père mort il y a quelques mois de congestion cérébrale.

Une fille morte de tuberculose. Deux autres enfants morts

l'un à trois jours, l'autre à 8 ans. La mère ne connait pas la cause de leur mort.

Trois autres enfants bien portants qui ne toussent pas.

A. P. Né à terme, accouchement normal.

Nourri au sein maternel jusqu'à 18 mois.

Première dent à quatre mois ; l'enfant s'est élevé facilement. Rougeole à cinq ans ; pas d'autre maladie de l'enfance.

L'enfant, il y a trois ans, est tombé sur un tonneau. Il a eu, dit la mère, deux côtes cassées du côté gauche, un poumon perforé et une inflammation de la plèvre.

Au bout de deux mois, après avoir été gravement malade, l'enfant a vomi et craché un liquide verdâtre, très fétide, puis sanguinolent, pendant deux à trois jours. Aussitôt après l'enfant s'est remonté et a bien guéri. Il n'a plus jamais craché et menait la vie de tout le monde. Au moment de son accident l'enfant aurait eu déjà une grosseur au creux de l'estomac ; il n'y aurait pas attaché d'importance. La mère dit que cette grosseur a surtout augmenté depuis trois mois ; l'enfant ne s'en plaignait pas.

Puis il a commencé à se plaindre du côté droit, bien que la grosseur fût du côté gauche ; depuis deux mois il n'a plus d'appétit et mange très irrégulièrement ; il n'a pas saigné du nez. La tumeur a augmenté de volume et l'enfant maigrit de plus en plus.

Sur le conseil du médecin, la mère amène l'enfant à l'hôpital le 16 avril 1904.

Comme détail particulier l'enfant joue souvent avec des chiens.

Volumineuse tumeur, occupant l'hypochondre droit et débordant de beaucoup la limite de celui-ci ; envahissant en outre l'épigastre et la plus grande partie de l'hypochondre gauche ; toute la région correspondant à la tumeur est mate, douloureuse à la percussion ; deux points sont le siège d'une voussure particulièrement marquée :

1° La région antéro-inférieure du thorax où la voussure est à grande courbure ;

2° La région d'union de l'épigastre et de l'hypochondre gauche où la voussure est de courbure plus petite, moins étendue.

De plus, toute la région inférieure du thorax est largement étalée, surtout la droite ; la pointe du cœur, notablement refoulée en dehors, bat dans le cinquième espace intercostal, à 2 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire ; en arrière, la matité arrive à droite, au niveau de la pointe de l'omoplate.

21 avril 1904. Opération : Ether ; laparatomie supérieure latérale, sur le bord externe du droit ; volumineuse masse, située à la partie antéro supérieure du foie, sur laquelle s'étend un épiploon mince ; celui-ci est relevé avec le doigt, qui à ce moment éraille la surface de la poche qui se crève, donnant issue à une grande quantité de liquide clair un peu jaunâtre. On pratique la marsupialisation.

20 mai. Bon état général, mais issue abondante de bile.

12 juin. La température s'élève par oscillations de plus en plus élevées, d'amplitude constante. L'enfant tousse un peu. Ecoulement de bile presque pure par la plaie.

17 juin. La température atteint 40. En faisant le pansement, on trouve, au milieu d'une inondation de liquide teinté en jaune par la bile, des débris volumineux de membrane kystique ; la voussure gauche a disparu. Donc, ouverture spontanée du deuxième kyste ; mais depuis le 22 mai, par des oscillations de température dont la moyenne est voisine de 39, la toux augmente un peu. L'enfant n'accuse cependant aucune douleur.

8 juillet. M. Marfan, consulté, trouve à droite, en arrière, à la palpation, les vibrations un peu diminuées. A la percussion, matité absolue, remontant jusqu'à la fosse sus-épineuse ; à l'auscultation, dans les deux tiers inférieurs, absence du murmure vésiculaire ; à la partie supérieure, souffle doux, voilé, lointain.

En avant et à droite, matité se confondant avec celle du foie ; les vibrations sont à peine diminuées ; en bas, absence de murmure vésiculaire ; souffle doux sous la clavicule.

A gauche, poumon normal.

M. Marfan résume ainsi son opinion : kyste hydatique probable du poumon gauche avec condensation pulmonaire à son voisinage, bien que le timbre du souffle soit plutôt celui d'un souffle pleurétique.

Une ponction faite avec l'appareil Potain, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, ne donne issue qu'à un verre à bordeaux à peine, d'un liquide clair, citrin, contenant des membranes blanchâtres.

15 juillet. Le souffle a pris un timbre beaucoup plus rude ; il s'entend très bien, en avant, sous la clavicule. Il existe une zône verticale, avec de la sonorité, le long de la colonne vertébrale, en arrière et à droite. Partout ailleurs, matité ; on constate également de la bronchophonie ; les vibrations sont perçues avec une légère diminution.

26 juillet. Matité toujours absolue d'une grande étendue du poumon ; souffle existant à la partie moyenne, au niveau de la fosse sous-épineuse. En avant, matité de toute l'étendue, avec skodisme à la partie supérieure. Le malade est examiné par le docteur Guillemot. Ce dernier pense à une pleurésie purulente de la grande cavité ; la température oscillante, un léger œdème de la paroi plaident en cette faveur.

27 juillet. Opération. Résection de la dixième côte. Ouverture d'une cavité contenant du pus inodore, épais, vert, visqueux, situé entre le poumon refoulé en haut et le diaphragme en bas. La matité persistant sur toute la hauteur du poumon, au-dessus du foyer une ponction exploratrice est faite et donne issue à du pus fluide, vert, extrêmement fétide. Le dôme du poumon, au-dessus de la première cavité, est effondré à la sonde cannelée. Issue d'au moins un litre de pus.

31 juillet. Odeur toujours fétide. On fait des lavages au

permanganate de potasse et on continue pendant une semaine.

8 août. Fétidité et suppuration ont diminué. Appétit excellent ; l'enfant a toujours faim.

24 août. La suppuration diminue. L'enfant a bon appétit, n'éprouve aucune douleur. La température tend à baisser et se maintient aux environs de 37°5.

4 septembre. Le drain d'avant est enlevé.

8 septembre. On enlève un des drains du thorax. Seul un gros drain persiste en arrière, où il existe toujours de la suppuration.

20 septembre. On remplace le drain par un plus petit.

Fin septembre. La suppuration diminue lentement. Pansement tous les trois jours.

17 octobre. On enlève le dernier drain. La plaie a bonne apparence, suppure très peu. Pansement sec.

Observation VI (personnelle).

Hôpital des Enfants-Malades. Service du docteur Broca.
Salle Bilgrain, lit nº 3.

Ch... (Germaine). Sexe féminin ; âgée de 10 ans, habitant 12, boulevard Morland, entrée le 26 avril 1904, sortie le 29 septembre 1904.

A. H... Père, 39 ans, bien portant, menuisier. Mère bien portante.

Ni frère, ni sœur, pas de fausse couche.

A. P... Grossesse normale, accouchement laborieux circulaire du cordon, enfant asphyxique.

Enfant nourri au sein par sa mère à Villeneuve-St-Georges, jusqu'à 18 mois. Première dent à 4 mois. A marché à 11 mois. Deux bronchites à 20 mois et 3 ans. Coqueluche à 3 ans. Va-

riole à 4 ans et demi. Rougeole à 5 ans sans complications. Congestion pulmonaire à 7 ans.

Depuis juillet 1903, la mère remarque que le ventre de l'enfant a une grosseur anormale. Vomissements assez fréquents. Nausées après déglutition des matières grasses. Dégoût des aliments gras. Douleur dans l'épaule gauche ; pas d'urticaire. Prurit généralisé intense surtout le soir. Pas d'ictère. Pas de douleur hépatique. En août 1903, pendant deux jours de suite, sang pur rendu par le rectum ; le sang était très rouge et contenait comme des râclures d'intestin, dit la mère. Tous les signes fonctionnels restent stationnaires jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Seule la grosseur a progressivement augmenté de volume.

Etat actuel.

26 avril 1904. Pas de phénomènes généraux. Les signes fonctionnels sont les mêmes que ceux énumérés plus haut.

Signes physiques. A l'inspection : voussure siégeant sous les derniers cartilages costaux droits. Palpation ; tumeur arrondie, ferme, rénittente, lisse, régulière. Percussion : la matité hépatique commence à deux travers de doigt sous le mamelon. Pas de frémissement hydatique.

29 avril. Opération. Kyste de la face convexe, gros comme une tête de fœtus. Bosselure sous le diaphragme. Péritonite adhésive à ce niveau. A la ponction, le liquide est clair d'abord, puis après incision, coloré par la bile. Extraction de la poche, à la face interne de laquelle sont appendues plusieurs vésicules-filles de la grosseur d'une noix. Capitonnage de la poche. On laisse un orifice pour le drain, en raison de la communication avec les voies biliaires. Drainage rétro-hépatique allant sous le foie.

30 avril. Pansement. On refait chaque jour le pansement. Il sort des deux drains un liquide assez abondant, sans odeur, légèrement verdâtre, et tachant le pansement en vert. La plaie a bel aspect ; la température oscille entre 38 et 39°.

6 mai. On laisse encore le drain en en retirant quelque peu.

Toujours écoulement qui traverse le pansement. Etat général bon, langue bonne ; l'enfant ne se plaint nullement.

7 mai. L'enfant a eu hier un crachement de sang sans avoir de toux.

10 mai. La fièvre persiste 38°5. L'enfant tousse un peu, mais ne se plaint de rien. La plaie a bon aspect. Dans le pansement toujours un liquide verdâtre, contenant de la bile en grande quantité et du pus.

15 mai. Plaie toujours belle. Ecoulement de liquide abondant par les drains. Température du soir 41°. Le lendemain matin l'enfant est examiné. A l'auscultation à gauche et en avant, râles sous-crépitants humides avec respiration soufflante. A la percussion, matité dans la région correspondante.

Traitement. Cataplasmes sinapisés ; potion à l'acétate d'ammoniaque.

20 mai. Ecoulement de bile toujours abondant. L'enfant maigrit ; pas d'appétit. Toux sèche. Au poumon, submatité aux deux sommets. En avant, au sommet gauche respiration soufflante, avec quelques râles. En arrière, à droite, respiration soufflante avec retentissement de la voix. Vibrations augmentées. Traitement : viande crue, six injections de cacodylate.

3 juillet 1904. La plaie est belle ; cependant à son pourtour la peau est rouge ; l'écoulement de bile diminue depuis quelque temps ; toutefois encore assez abondant. Dans ce liquide jaune verdâtre il ne semble pas y avoir du pus, mais uniquement de la bile. L'état général s'améliore.

24 septembre. Un catgut d'environ 10 centimètres faisant issue à travers la plaie est enlevé. La plaie est cicatrisée dans toute sa longueur, un peu froncée ; il ne reste à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs qu'une petite fistule presque tarie.

29 septembre. L'enfant sort ; elle reviendra au pansement deux fois par semaine.

Observation VII

(*Thèse* de Duval, Lille, 1894.

(Landouzy, Segond. Soc. de Chirurgie, 1894).

Jeune homme de 15 ans, entre le 28 juillet 1885, dans le service de M. le professeur Trélat, suppléé par le docteur Segond. Il se plaint d'un gonflement douloureux du foie, siégeant au niveau de la région hépatique, et déterminant une gêne respiratoire sérieuse. Sans avoir jamais été malade il est chétif. C'est depuis trois mois qu'il s'est aperçu du gonflement, puis est venue l'oppression Il y a trois semaines il a, dit-il, craché des petites peaux, ressemblant à des grains de raisins sucés. L'examen de la région hépatique confirme le diagnostic de kyste hydatique que faisait supposer ce détail. Le bord antérieur du foie se laisse percevoir dans le flanc droit, à deux travers de doigt environ au-dessous du niveau de l'ombilic : on le suit par la palpation jusqu'à celui-ci. Au delà, les sensations deviennent moins nettes. La zône sus-ombilicale est mate d'un flanc à l'autre ; la région forme une voussure large comme la main, nettement constituée par une collection liquide ; pas de frémissement hydatique, mais des frottements de péritonite localisée et sèche. Rien dans les autres viscères.

Quinze jours après son entrée, le malade est pris d'oppression extrême, puis survient une vomique abondante, dans laquelle il rejette les mêmes grains de raisin sucés. Une éruption d'urticaire de toute la partie antérieure du thorax et de l'abdomen accompagne cet accident. En même temps la poche s'est notablement affaissée. Donc la communication avec les voies aériennes n'est pas douteuse ; accidents fébriles ; l'état général s'aggrave ; soif vive, anorexie, puis la tension de la poche apparaît ; le kyste suppure à n'en pas douter. L'inter-

vention devient urgente. Le 29 août, M. le docteur Segond se décide pour l'action chirurgicale.

Opération. L'incision de 15 à 20 centimètres, à deux travers de doigt au dessous du rebord des fausses côtes droites et parallèle à ce bord ; sur le point culminant de la tumeur division des muscles, hémostase, section du péritoine pariétal dans toute l'étendue de l'incision. On perçoit alors le foie avec sa coloration normale ; le péritoine viscéral dépoli est rattaché par quelques filaments peu résistants au péritoine pariétal. On ne voit pas le kyste, mais la rénittence spéciale de la face antérieure fait espérer que la poche est peu éloignée. Ponction aspiratoire. On retire une palette de sérosité louche. On peut alors plisser le foie et le saisir avec une pince à kyste, ce qui a l'avantage de le fixer pendant les mouvements respiratoires. L'opérateur immobilise alors le foie à l'aide de deux fils qui transpercent la poche aux deux angles de la plaie. A ce moment, on protège le pourtour de la plaie avec des éponges, puis M. Segond incise avec le bistouri une lame de tissu hépatique épaisse de un milimètre et demi ; l'hémorragie est facilement arrêtée par la compression avec des éponges.

On évacue alors une pleine cuvette de vésicules hydatiques, baignant dans un liquide séro-purulent. Puis il s'écoule du liquide non purulent et contenant beaucoup de bile.

Le chirurgien constate alors que les parties déclives du kyste descendent au-dessous de la plaie abdominale et forment un cul-de-sac favorable à la stagnation du liquide. Pour éviter cette stagnation il attire au dehors les parois kystiques et le tissu hépatique qui les recouvre, puis en ressèque une partie.

Alors la plaie abdominale répond à la partie la plus déclive du kyste. Pour terminer l'opération, M. Segond fixe solidement à la paroi abdominale les lèvres de l'incision hépatique par une couronne de sutures assez rapprochées. Chaque fil comprend la paroi abdominale, le feuillet pariétal du péritoine et la paroi kystique. Lavage soigneux avec une solution faible d'acide phénique. Quatre drains assez gros plongent dans la cavité.

Gaze iodoformée, coton hydrophile, bandage de corps. On n'a pu ni voir, ni toucher l'orifice de communication avec les voies aériennes.

Tout va bien. Les fils sont enlevés le dixième jour. Les adhérences sont solides. De 40° la température est rapidement tombée a 38° puis atteint 37° le 20 septembre. Pendant six semaines il y a un abondant écoulement de bile. Il diminue, mais persiste jusqu'en janvier, où un érysipèle intermittent aggrave un instant la situation, avec des troubles pulmonaires. Mais les choses s'arrangent ; une fistule persiste assez longtemps, finalement la guérison est définitive. M. le docteur Segond a revu le malade fin janvier complètement guéri.

Observation VIII

(de Queyrat)

(*Kyste hydatique du foie simulant une ascite*. Communication du kyste avec les voies biliaires).

B... Henri-Emile, mécanicien, 22 ans, entré le 22 avril 1885 à l'hôpital Tenon, service de M. Landouzy, salle Lelong, n° 4.

A. H... Père alcoolique, mort à 35 ans, d'une maladie de foie, tout jaune et « le ventre très gros ».

Mère vivante et bien portante.

A. P... Quelques accidents strumeux de l'enfance (maux d'yeux, gourmes dans les cheveux).

Rougeole à 4 ans. A 11 ans, bronchite qui dure deux mois.

Notre malade se portait assez bien, quoique peu robuste, lorsqu'au mois de septembre 1881 lui arriva l'accident suivant : Un soir, où il revenait de jouer au jeu de paume de Vincennes, il fut attaqué par un malfaiteur qui se précipita sur lui, par derrière, la tête baissée et les deux poings portant au niveau des omoplates. B... fut violemment projeté en avant et tomba sur son tambourin à paume, de telle sorte que le rebord très

résistant de ce disque vint confondre la région de l'hypochondre droit. Quand il put se relever, il éprouvait à ce niveau une très vive douleur. Le lendemain la douleur était irradiée à tout l'abdomen ; elle persista ainsi pendant quelques jours pour disparaître ensuite assez rapidement.

Trois jours après l'accident apparurent simultanément un léger ictère et une poussée d'urticaire couvrant de ses élevures la poitrine et surtout l'abdomen. Cette urticaire fut vue et diagnostiquée comme telle par un médecin. Ictère et urticaire disparurent au bout de dix jours et furent imputés à la frayeur éprouvée.

Les choses en étaient là lorsque, six ou sept mois après, B... s'aperçut que son ventre augmentait de volume. Il ne put préciser si cette tuméfaction a procédé de haut en bas, ou au contraire de bas en haut. L'augmentation de volume va progressant lentement, sans aucune réaction douloureuse et le ventre en arrive à la longue à acquérir des dimensions considérables. Le malade s'en trouve fort incommodé, et il entre à l'hôpital Tenon le 22 avril, salle Lelong, n° 4, « pour se faire opérer ». Il y a juste trois ans que la tuméfaction abdominale a débuté.

Etat actuel. — Malade assez grand, bien constitué, mais pâle et amaigri. Le facies est légèrement terreux. les yeux sont excavés.

Pas d'alcoolisme ; aucun accident vénérien. On remarque tout d'abord le volume considérable de l'abdomen qui contraste avec l'amaigrissement du reste du corps. La circonférence abdominale mesure au niveau de l'ombilic 92 centimètres. Dans le décubitus dorsal le ventre n'apparaît pas aplati sur la ligne médiane et saillant vers chaque partie latérale ; en un mot, il ne s'agit pas là du ventre de batracien ; au contraire, il est globuleux, plus proéminent vers le milieu que sur les parties latérales ; au niveau de l'hypogastre, il forme une sorte de pointe. Cette conformation n'est aucunement modifiée par le décubitus latéral soit gauche, soit droit.

Il n'existe pas de circulation supplémentaire, pas de déplis-

sement de la cicatrice ombilicale ; quelques vergetures au niveau du flanc et de la face iliaque du côté droit.

Pas d'œdème de la paroi abdominale.

A la percussion, matité absolue du haut en bas ; on trouve à peine une petite zône de sonorité en arrière, au niveau de chaque flanc.

Pas de frémissement hydatique.

En combinant la palpation avec la percussion, on trouve partout la sensation de flot extrêmement nette. Palpation et percussion sont du reste absolument indolores.

La limite supérieure de la matité hépatique est à la quatrième côte droite : quant à sa limite inférieure, impossible à préciser, elle se confond avec la matité abdominale.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Urines normales.

Rien au cœur.

Aux poumons, la palpation et la percussion ne fournissent que des résultats insignifiants.

A l'auscultation, l'inspiration est saccadée sous la clavicule gauche ; dans la région sous-claviculaire droite, l'expiration est prolongée.

Rien à noter du côté du tube digestif ; l'appétit est bon, jamais de vomissements, selles normales et normalement colorées.

Enfin, il n'existe pas de fièvre et la température rectale n'atteint que 37,2.

En présence de ces symptômes, le diagnostic reste hésitant.

On se demande tout d'abord s'il ne s'agirait pas là d'une tumeur kystique ; l'aspect globuleux de l'abdomen semblerait l'indiquer, mais il est bien difficile d'admettre l'existence d'un kyste de pareilles dimensions.

D'autre part, il ne saurait évidemment s'agir là d'une ascite ordinaire : l'âge du malade, sa sobriété, l'état normal de son cœur, l'état normal de ses urines, la forme de la tuméfaction

abdominale sont autant d'arguments que l'on peut invoquer contre cette hypothèse.

Mais le malade a eu à onze ans une bronchite sérieuse ayant duré deux mois ; il a maigri et de plus, il existe au niveau de chacun de ses sommets, en avant, des modifications respiratoires assez importantes ; ne pourrait-on pas avoir à faire, dans le cas actuel, à une péritonite tuberculeuse à forme d'ascite.

Quoiqu'il en soit, il est indiqué de faire la paracentèse abdominale ; nous pratiquons cette paracentèse le 23 avril, en ponctionnant sur le milieu de la ligne ilio-ombilicale gauche. Grande est notre surprise, en voyant la ponction donner issue à un liquide *jaune safran* ; il s'en écoule *12 litres*.

A la suite, l'abdomen est complètement affaissé, si ce n'est au niveau de l'épigastre, où il existe une légère voussure. Cette voussure correspond à une tumeur dure, arrondie, qui dépasse de trois travers de doigt le rebord costal ; elle touche en dedans à la ligne médiane, en dehors à la ligne médiane mamelonnaire ; profondément elle s'enfonce vers la colonne vertébrale. Elle est indolore et subit des mouvements d'élévation et d'abaissement suivant les mouvements d'expiration ou d'inspiration.

Quant aux suites de la ponction, elles ont été des plus simples : aucune douleur, pas d'urticaire ni d'ictère. La température rectale qui, le soir de l'opération, était montée à 38,8, retombe le lendemain matin à 37,6 et le surlendemain à 37.

Très intrigué par l'aspect insolite du liquide retiré, nous avons immédiatement prié notre ami, M. Chautard, chimiste émérite, préparateur au laboratoire de l'Ecole polytechnique, de vouloir bien en faire l'analyse. Cette analyse lui a fourni les résultats suivants :

« Le liquide est neutre, homogène, de consistance huileuse, il émet une odeur fade, peu appréciable ; il ne contient pas de fibrine solide en suspension. Son aspect est celui d'une émulsion graisseuse de couleur *jaune safran*. Sa densité est de 1,104.

Abandonnée à elle-même pendant vingt-quatre heures, cette émulsion se divise en trois couches de volume à peu près égal et constituées : l'inférieure par des matières minérales et des matières grasses entraînées, la seconde ou moyenne par un liquide *vert brun* ; enfin, la couche supérieure est exclusivement formée de graisses ».

Le tout a été filtré à la trompe sur un tampon d'amiante et nous avons dosé dans le liquide filtré et dans le précipité les substances portées au tableau suivant :

(Résidu fixé à 100° pour un litre 253 gr. 9).

	Par litre de liquide	Quantité totale retirée par la ponction
	—	—
Albumine	185 gr.	2.220 gr.
Graisses	51	612
Urée	3,7	44,4
Chlorures minéraux	2,6	31,2
Sels minéraux insolubles	1,1	13.2
Matières de la bile	3,2	38,4

Les 185 grammes d'albumine sont formés vraisemblablement de plusieurs albumines différentes, que nous n'avons pas cherché à séparer et d'une petite quantité de fibrine soluble dont nous avons constaté la présence dans le liquide.

Quant aux matières de la bile, grâce à la grande quantité de liquide dont nous disposions, nous avons pu en isoler plusieurs, ce sont : l'acide taurocholique, la bilirubine et la cholestérine.

Ainsi que nous le disions plus haut, les suites de la ponction ont été nulles, le malade a pu se lever dès le troisième jour.

Dans les jours qui suivent, nous constatons que son abdomen augmente de nouveau de volume et cela assez rapidement, sans le moindre phénomème réactionnel d'ailleurs. Au bout d'un mois, il a acquis des dimensions presque aussi considéra-

bles que le jour de la première ponction ; il a repris la forme kystoïde.

Le 25 mai, seconde ponction pratiquée au même point que la première ; elle donne issue à 10 litres d'un liquide analogue au précédent, mais en différant par une coloration d'un vert plus foncé.

Analyse du liquide par M. Chautard, au laboratoire de l'Ecole polytechnique.

Le liquide est neutre comme la première fois ; il présente aussi les mêmes caractères physiques ; c'est une émulsion. Sa couleur, cependant, est plus verte et sa densité moins grande. (D = 1,075).

Après 24 heures de repos, cette émulsion se divise en trois couches, formées respectivement : l'inférieure par des sels, la supérieure par de la graisse, la couche moyenne par un liquide vert foncé. Cette dernière constitue à peu près les 9/10 du volume total.

Nous avons opéré comme pour le liquide de la première ponction et nous avons obtenu les nombres suivants :

	Par litre de liquide. — grammes	Quantité totale retirée par la ponction. — grammes
Albumine	158,8	1.588
Graisses	6,8	68
Urée	4,8	48
Chlorures minéraux	23,5	235
Sels minéraux insolubles	0,6	6
Matières de la bile	7,5	75

(Résidu fixé à 100°, pour un litre 204 gr. 3).

En comparant ces résultats avec ceux de l'analyse précédente, on voit que les mêmes produits pathologiques ont été retrouvés à plus d'un mois de distance, chez le même individu ; en outre, à une diminution notable d'albumine (185 gr. à la

première ponction, 158 gr. à la seconde), correspond une augmentation très grande des chlorures minéraux (2 gr. 6 à la première ponction, 23 gr. 5 la deuxième), peut-être n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence, mais ce rapprochement était à signaler.

Enfin, en tenant compte de ce fait que la bile de l'homme = 1,02 comme densité et contient environ 15 p. 100 de matières solides pour 85 p. 100 d'eau, ces analyses établissent que, lors de la première ponction, un litre du liquide abdominal contenait au moins 20 grammes de bile, soit pour les 12 litres de la ponction, 240 grammes ou 245 centimètres cubes de bile et qu'à l'époque de la seconde ponction, la quantité de bile contenue dans le liquide a plus que doublé ; si l'on se reporte, en effet, au tableau ci-dessus, on voit que le liquide de cette deuxième ponction contient, par rapport à la proportion ci-dessus établie, — 50 grammes de bile, ce qui représente, pour les 10 litres de liquide retirés, 500 grammes ou 510 centimètres cubes de bile.

Rien, dans l'état du malade, après cette seconde ponction, qui mérite d'être noté. Il se lève, se promène, mange de bon appétit, se trouve très bien. Dans la suite, la tuméfaction abdominale se reproduit, mais plus lentement que la première fois.

Le 23 juillet, troisième ponction : 8 litres d'un liquide vert encore plus foncé que celui de la deuxième ponction. L'analyse n'a pu en être faite.

Dans les jours qui suivent, le ventre n'augmente que très peu de volume et notre malade peut partir pour la campagne le 10 août.

Il vient nous revoir le 3 novembre ; il a passé deux mois à la campagne dans de très bonnes conditions hygiéniques ; s'est très bien nourri, a pris beaucoup d'exercice. Son état général est incomparablement meilleur ; il a engraissé, son teint est coloré.

Il nous raconte que son ventre a un peu grossi pendant envi-

ron un mois, puis est resté une quinzaine de jours dans un état stationnaire, et enfin a graduellement diminué de volume.

Et de fait, à l'heure actuelle, l'abdomen est de dimensions normales et ne mesure plus que 75 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic (au lieu de 92, en avril). Plus de tuméfaction appréciable. Cependant, lorsqu'on pratique avec soin le palper abdominal, le malade étant dans le décubitus dorsal et les muscles de la paroi antérieure dans le relâchement complet, on ne tarde pas à constater dans l'hypochondre droit, la présence d'une tumeur. Cette tumeur, régulière, arrondie, descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et ne dépasse pas en dedans la ligne médiane. En dehors, elle atteint la ligne mamelonnaire et en haut se confond avec le foie; il existe à ce niveau une sorte de sillon qui semble la séparer de cet organe.

Cette tumeur est mate, absolument indolente et semble fluctuante. Elle subit, au cours de la respiration, des mouvements d'ascension et d'abaissement très limités.

La ligne de matité supérieure du foie est à la cinquième côte.

Du côté des poumons, nous constatons au niveau de chaque région sous-claviculaire, les mêmes phénomènes stéthoscopiques que ceux que nous avions trouvés le premier jour, quoique pourtant moins accusés.

Nous proposons au malade une ponction exploratrice au niveau de la tumeur qu'il porte dans l'hypochondre droit ; il s'y refuse ; nous ne l'avons pas revu depuis.

Le malade, que j'avais vu pour la dernière fois le 3 novembre 1886, vient me consulter en avril 1892. Son état général est resté satisfaisant, bien qu'il ait un sommet droit suspect, mais son ventre a de nouveau augmenté de volume ; cet accroissement, qui n'est pas très considérable, s'est fait petit à petit, sans douleur, sans fièvre, sans urticaire.

Dautre part, il se plaint de se fatiguer facilement, d'avoir

fréquemment des sensations d'oppression : ses digestions sont pénibles.

Après avoir constaté l'augmentation de volume de sa tumeur de l'hypochondre droit, je lui conseille (en raison des dangers auxquels l'expose cette tumeur, vraisemblablement hydatique) un traitement radical : l'ouverture du kyste par laparotomie.

Il se décide, après avoir pris avis de M. Landouzy, et entre le 8 juin 1892 à l'hôpital Laënnec, salle Malgaigne, dans le service de M. Nicaise, suppléé par M. Gérard Marchant, qui a bien voulu me communiquer la partie chirurgicale de l'histoire de ce malade. Ce n'est pas la moins importante, ainsi qu'on va en juger.

L'état général du malade est bon. L'abdomen présente une légère voussure au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit. La peau de l'abdomen est sillonnée par de nombreuses vergetures.

Par le palper on sent dans l'hypochondre droit une *tumeur dure,* qui descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal ; elle se prolonge dans la région épigastrique où elle descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A la percussion, on obtient de la matité sur tous ces points. La tumeur semble aller en s'amincissant vers la partie inférieure et à ce niveau on a la sensation d'un bord tranchant. Au-dessous de ce bord on perçoit, en déprimant fortement la paroi, une autre tumeur profondément située et qu'on sent repoussée, présentant du ballottement, lorsqu'on refoule, avec l'autre main, la région lombaire droite.

Opération 30 juin 1892.

Chloroforme. Dans la région de l'hypochondre droit, incision de 10 centimètres, oblique en bas et en dehors, à peu près parallèle au rebord costal. Dès que le péritoine pariétal est incisé, on écarte le grand épiploon et on découvre alors une tumeur très tendue et rénitente ; on y enfonce le plus gros trocart de l'aspirateur Potain ; rien ne sort. On enfonce alors le trocart à

ovariotomie ; il s'écoule environ un litre d'un liquide épais un peu filant et jaune verdâtre.

Dès que le liquide s'est écoulé, M. Marchant, après avoir placé des éponges tout autour du trocart, le retire rapidement et y substitue son index pour obturer l'orifice. Celui-ci est alors agrandi avec les ciseaux et les lèvres de cette incision sont saisies avec des pinces à kystes Les lèvres étant écartées, on voit s'échapper brusquement de la poche, une masse mi-solide, mi-liquide : c'est un amas de vésicules hydatiques de toutes dimensions, depuis la grosseur d'un pois ou d'une cerise jusqu'à celle d'une mandarine — on a pu en compter 54 — il s'y trouve aussi de nombreuses membranes imprégnées de bile, débris de vésicules rompues. Vésicules et membranes réunies rempliraient approximativement un litre à moitié. Toutes les vésicules, grosses et petites, contiennent un liquide jaunâtre, mais la teinte est légère, le liquide n'est pas épais et les vésicules ont conservé leur transparence. Au contraire, le liquide de la poche principale est épais, jaune verdâtre, non translucide.

La poche vidée, les bords de l'ouverture sont suturés aux lèvres de l'incision abdominale ; deux gros drains sont introduits dans la poche qu'on lave avec la solution de sublimé à 1 p. 100. Le tout est recouvert de gaze iodoformée et d'ouate hydrophile maintenues par un bandage de corps.

Le soir le pansement est souillé, traversé par un liquide jaune verdâtre ; on le change et on fait un lavage de la poche au sublimé.

1er au 4 juillet. Température normale. Tous les matins on trouve le pansement souillé d'une assez grande quantité de liquide jaune verdâtre ; on fait chaque fois un abondant lavage au sublimé, qui ramène des débris membraneux imprégnés de bile.

9 juillet. On enlève les fils de suture ; la réunion s'est faite par première intention au-dessus et au-dessous de l'orifice de la poche.

Les jours suivants, il s'écoule de la poche moins de liquide jaune verdâtre, mais le liquide est plus épais et plus visqueux.

1er août. Il ne sort plus de liquide.

15 août. Le malade se lève : il quitte l'hôpital le 20 août : son état général est excellent ; la poche n'admet plus qu'une cuillerée de liquide.

25 septembre. La cicatrisation est complète.

Je revois le malade le 22 avril 1893. Il va très bien ; ses digestions sont devenues faciles ; il a plus de résistance à la fatigue, n'éprouve plus d'oppression : il a engraissé et son poids actuel est de 63 kilogrammes, alors qu'en janvier 1892 il n'était que de 59 kilogrammes.

Son périmètre abdominal est de 79 centimètres au niveau des fausses côtes et de 80 centimètres au niveau de l'ombilic.

La ligne de matité du foie est au quatrième espace intercostal. En bas la matité hépatique ne dépasse pas le rebord costal, dans le prolongement du bord droit du sternum, elle descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le palper le plus minutieux ne permet de constater l'existence d'aucune tumeur ni dans l'hypochondre, ni dans la région lombaire du côté droit, et il est probable que la sensation d'une seconde tumeur occupant la région lombaire droite était due à une disposition particulière du kyste.

Le malade revient me voir le 8 mai 1894, sont état est resté le même et (sauf qu'il existe au sommet droit une inspiration rude et basse avec expiration prolongée sous la clavicule, et dans la fosse sus-épineuse une expiration prolongée et légèrement soufflante avec exagération des vibrations et diminutions de la sonorité), cet état est aussi satisfaisant que possible.

En résumé, dans ce cas, l'intervention chirurgicale, outre qu'elle a été très profitable au malade, et pour le présent et pour l'avenir, a justifié rétrospectivement le diagnostic porté en 1885.

Il s'agissait bien d'un kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires.

Observations résumées.

I. — Gouguenheim. — Soc. anat. de Paris, 1865, p. 485. K. H. du foie communiquant avec les voies biliaires. Mort par ictère grave.

II. — De Fontréaulx. — Soc. anat., Paris, 1865, p. 646. K. H. du foie ouvert dans les voies biliaires. Mort par asphyxie. A l'autopsie, K. H. en sablier communiquant avec les canaux hépatiques ; foie profondément altéré.

III. — Le Courtois. — Soc. anat., Paris, 1871, p. 142. Coliques hépatiques. Obstruction du canal cholédoque par la membrane d'un kyste hydatique. Mort.

IV. — Bouilly. — Soc. anat., 1872, p. 432. K. H. du foie communiquant avec la vésicule biliaire considérablement distendue. Mort par cachexie.

V. — Lasègue. — *Archives générales de médecine*, 1873. K. H. du foie. Suppuration. Communication avec l'intestin. Evacuation des hydalides. Guérison.

VI. — Sevestre. — Soc. anat., Paris, 1873, p. 416. K. H. du foie ouvert dans les voies biliaires. Ponction chez une cachectique. Mort.

VII. — Hayem et Graux. — Soc. anat., Paris, 1874, p. 145. K. H. du foie ouvert dans les voies biliaires. Coliques hépatiques. Angiocholite avec accès fébriles intermittents. Mort par péritonite à la suite d'une ponction exploratrice.

VIII. — Butruille et Vinache. — Soc. anat., 1876, p. 474.

K. H. du foie ouvert dans le canal cholédoque. Mort par ictère grave.

IX. — Becker. — *Revue médic.*, en France et à l'étranger de G. Hayem, 1880. T. XVII, p. 156. K. H. du foie ouvert dans les voies biliaires et les bronches. Mort. Pas d'autopsie.

X. — Josias. — Soc. anat., Paris, 1880, p. 390. Tumeur hydatique du foie comprimant le hile du foie et communiquant avec les voies biliaires. Angiocholite suppurée. Méningite. Mort.

XI. — Berthaut. — Soc. anat., Paris, 1882. K. H. du foie ouvert dans les voies biliaires. Angiocholite suppurée. Mort.

CONCLUSIONS

I. — La communication des K. H. du foie avec les voies biliaires provoque souvent des troubles graves du foie. Les lésions peuvent être analogues à celles produites par la migration des calculs biliaires.

II. — Il n'existe pas de symptômes pathognomoniques des K. H. du foie communiquant avec les voies biliaires ; il faut établir le diagnostic sur l'ensemble des signes physiques et fonctionnels ; l'examen des matières fécales, l'étude de la formule leucocytaire et la recherche de l'éosinophilie à l'exclusion de toute ponction exploratrice.

III. — La communication des K. H. du foie avec les voies biliaires doit déterminer le médecin à une intervention active. Il faut donc éliminer systématiquement toute ponction simple ou aspiratrice ou même suivie d'injection modificatrice.

IV. — Comme traitement le capitonnage malgré ses grands avantages au point de vue de la rapidité de la cicatrisation ne peut être appliquée dans les cas de kyste communiquant avec les voies biliaires. Il faudrait craindre que la bile ne vienne à suinter dans la poche, à provoquer la formation d'un kyste biliaire secondaire, à

désunir les lèvres de l'incision hépatique et à s'écouler secondairement dans le péritoine.

V. — L'opération de choix est la laparotomie en un temps, suivie de l'évacuation du liquide. Au cours de l'intervention chirurgicale des précautions minutieuses sont nécessaires pour éviter la dissémination des germes spécifiques. On suture les parois de la poche hépatique aux bords de l'incision abdominale, de manière à permettre l'élimination spontanée des débris de membrane et l'écoulement de la bile. C'est l'opération de Lindenmann-Landau. Le processus de cicatrisation tarira le flux biliaire et comblera la cavité de la poche, dans un délai parfois malheureusement assez long.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
A. LE DENTU.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Rendu. — Soc. anat., p. 482, 1874.

Graux et Hayem. — Soc. anat., p. 145, 1874.

Wickam Legg. — St-Bartholomew, hospital. t. VIII, 1872.

Bouilly. — Soc. anat., p. 432, 1872.

Charcot. — Soc. biologique, deuxième série, t. I, p. 99, 1854.

Barrié. — *Thèse*, Paris, 1840, p. 22.

Budd. — Maladie du foie, p. 431.

Cadet de Gassicourt. — Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et les organes voisins. *Thèse*, Paris, p. 36, 1856.

Laennec. — Mémoire sur les vésiculaires, 1803.

Gaitskell. — London medical Reports, 1815.

Gouguenheim. — Soc. anat., p. 485, 1865.

De Font Réaulx. — Soc. anat., p. 646, 1865.

Le Courtois. — Soc. anat., p. 142, 1871.

Suc. — *Archives générales de Médecine*, 1873.

Sévestre. — Soc. anat., p. 416, 1773.

Butruille. — Soc. anat., p. 470, 1876.

Becker. — *Revue des sciences médicales*, t. XVII, p. 156. 1880.

Josias. — Soc. anat., p. 390, 1880.

Sorel. — 520, 1880.

Berthaut. — 1882.

Geffrie. — In *thèse* Berthuat.

Sacquepée. — Soc. anat., p. 264, 1899.

— *Gazette des hôpitaux*, p. 634, 1902.
— — 1142, 1894.
— — 1226, 1894.
— — 1334, 1892.
— — 1361, 1892.
— — 1391, 1092.
— *Revue de Médecine*, p. 443, 1886.
— — 878, 1886.
Simon (J.) — *Dictionnaire* Jaccoud, article foie.
— *Revue de Médecine*, p. 546, 1894.
— *Semaine Médicale*, p. 47, 1897.
— — 431, 1898.
— — 50, 1895.
— — 210, 1896.
Laveran. — Soc. méd. des hôp., 16 déc. 1892.
Galliard. — Soc. méd. des hôp., 21 déc. 1892.
Davaine. — Traité des entozoaires, 1877.
Blanchard. — Histoire des Teniadés du genre Hymenolepsis, 1891.
Devé. — *Thèse*, Paris, 1901.
Berthaut. — *Thèse*, Paris, 1883.
Rendu. — *Dictionnaire* Dechambre, t. III, 4e série.
Frerichs. — Maladies du foie, p. 586.
Landouzy. — *Gaz. Méd.*, p. 56, 1874.
Poulet. — *Revue de Chirurgie*, p. 441, 1886.
Reclus. — *Gaz. Hebdomadaire*, p. 237, 1886.
Braine. — Traitement chirurgical des kystes du foie. *Thèse*. Paris, 1886.
Trélat. — *Sem. Méd.*, p. 378, 1886.
— Soc. de Chirurgie, 26 janv. 1887.
Segond. — Congrès français de Chirurgie, 1888.
Demars. — Traitement des kystes hydatiques du foie. *Thèse*, Paris, 1888.
— Soc. de Chirurgie, 3 avril 1889.

Potherat. — Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. *Thèse*, Paris, 1889.

Michaux. — Congrès français de Chirurgie, 1891.

Schwartz. — Soc. de Chirurgie, 18 mai 1892.

Duval. — Etude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. *Thèse*, Lille, 1894.

Mauclaire. — Soc. anat., 1894.

Monod. — Soc. de Chirurgie, 17 mars 1897.

Ungarelli. — *Sem. Médicale*, p. 47, 1897.

Baraduc. — Traitement des kystes hydatiques abdominaux. *Thèse*, Paris, 1898.

Gros et Trastour. — Soc. de l'internat des hôpitaux de Paris, 20 avril 1905.

Faure (J. L.). — In traité de Chirurgie, Le Dentu. Delbet, t. VIII, 1899.

Tuffier. — Rapport au Congrès de Chirurgie français, 1904.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	**MM.**
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. / LANDOUZY. / HAYEM. / DIEULAFOY.
Clinique des Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER / RECLUS.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, chef
BROCA, ANDRÉ.	GOUGET.	MAILLARD.	des trav. anat.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.